

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

Dezembro 2010



Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

Prefácio

O desenvolvimento da área dos Cuidados Continuados em Portugal como forma de prestação de cuidados vocacionada para a recuperação da pessoa doente ou com deficiência, ao permitir, sempre que possível, a reintegração plena na sociedade, representa uma dimensão nova na própria abordagem filosófica do Sistema Nacional de Saúde.

Se por um lado, a distanciação em relação à doença é um objectivo terapêutico, por outro, a faixa etária da maioria dos utentes e a co-existência de patologias, impõem, muitas vezes, internamentos prolongados e obrigam à utilização frequente e mantida de múltiplas drogas.

A adopção do *Vademecum* que ora se publica, elaborado por um grupo de trabalho no âmbito da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, revela a preocupação em promover uma prescrição criteriosa de medicamentos, baseada em padrões de qualidade que minimizem a interacção e os efeitos adversos e permitam maior comodidade para o doente.

Sem limitar a livre decisão do médico na prescrição de fármacos, este *Vademecum* pretende ser um elemento orientador e facilitador de uma prática clínica eficiente. Como qualquer instrumento de trabalho, após razoável período de implementação, será submetido a cuidadosa avaliação, medida que impõe o estabelecimento de dispositivos de monitorização e actualização, necessariamente simples, mas eficazes na introdução das alterações consideradas pertinentes.

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados continuará, seguramente, a desenvolver com a maior eficiência as atribuições que lhe forem destinadas, contribuindo para a melhoria do bem-estar da população utente destas unidades, em articulação estreita com todos os níveis de cuidados de saúde e com as estruturas sociais.

Na Direcção-Geral da Saúde as unidades vocacionadas para a promoção da Qualidade Clínica concretizam, agora, acções específicas de colaboração na perspectiva de redução de riscos e de efeitos adversos tendo em vista a segurança e a melhoria global dos cuidados prestados aos doentes.

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

Em Portugal, a partir de Maio de 2009, no seguimento da criação do Departamento da Qualidade, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, a integração do movimento associado à *World Alliance for Patient Safety* na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde tem-se mostrado modelar a nível europeu. Igualmente, há que destacar o interesse revelado pela Unidade de Missão no desenvolvimento de suportes clínicos capazes de elevarem os padrões de qualidade e segurança dos utilizadores da rede. Expectativas de melhoria são, nestes termos, justificadas.

Lisboa, Maio de 2011

Francisco George

(Director-Geral da Saúde)

INTRODUÇÃO

Os utentes da RNCCI são, maioritariamente, indivíduos com mais de 65 anos, portadores de doenças crónicas como a artrite, diabetes, hipertensão arterial, as cardiopatias. Esta patologia múltipla conduz a polimedicação estando, muitas vezes, mais presente a preocupação de tratar os sintomas do que identificar e tratar a sua etiologia.

É consensual que o envelhecimento conduz a alterações fisiológicas que condicionam o metabolismo. De salientar as alterações verificadas na função renal, conseqüentes à diminuição da filtração glomerular, à diminuição do fluxo sanguíneo renal e à menor capacidade de excreção / reabsorção tubular. Também o metabolismo hepático está francamente diminuído, o que afecta particularmente os medicamentos que tenham uma primeira passagem no fígado, com o conseqüente aumento da sua biodisponibilidade.

Também a diminuição da massa muscular e o aumento do tecido adiposo condicionam os volumes de distribuição.

Todos os factores enumerados condicionam alterações significativas na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos administrados.

Acresce que com o avanço da idade aumenta a sensibilidade do indivíduo aos fármacos e aos seus efeitos secundários.

Por outro lado, também se prescrevem muitos medicamentos de eficácia duvidosa, procurando ir ao encontro de expectativas alimentadas pelo hábito. A polimedicação conduz, inevitavelmente, à interacção de fármacos, aos efeitos secundários e à iatrogenia.

A interacção dos fármacos é a mais perigosa das conseqüências, podendo levar a acidentes graves. O internamento hospitalar dos doentes desta faixa etária é devida, em número significativo, a acidentes iatrogénicos, sendo os psicotrópicos e os de acção cárdio-vascular os mais frequentemente envolvidos.

As grandes armas de combate à iatrogenia são um conhecimento aprofundado do utente (autonomia, função sensorial, distúrbios cognitivos, função renal, função hepática...) e uma abordagem correcta da farmacopeia.

Presente o atrás enunciado, foi feita uma revisão e actualização das recomendações para a utilização de fármacos para serem utilizados no âmbito das Unidades de Internamento da RNCCI, que foram editadas em Outubro de 2007. Diversos fármacos foram entretanto revogados pelo INFARMED e outros deram a sua entrada, pelo que esta revisão se tornou necessária. Sem limitar a livre decisão do médico na prescrição de fármacos, este *Vademecum* pretende ser um elemento orientador e facilitador de uma prática clínica eficiente.

MEDICAMENTOS ANTI-INFECCIOSOS 1

Os fármacos anti-infecciosos em geral e os antimicrobianos em particular têm demonstrado uma eficácia inquestionável no tratamento das infecções, sendo a sua utilidade terapêutica indiscutível.

Contudo, após a sua introdução na prática clínica, rapidamente se verificou que diferentes microrganismos eram susceptíveis de adquirir resistência a fármacos aos quais eram inicialmente sensíveis, sendo o exemplo dos estafilococos produtores de lactamases beta o mais conhecido. A emergência de estirpes resistentes, como resultado da pressão selectiva, é hoje em dia uma realidade preocupante.

A utilização, generalizada e precoce, de uma terapêutica antimicrobiana de largo espectro favorece o crescimento e selecção dos microrganismos resistentes, ao eliminar as estirpes sensíveis. Os princípios gerais da terapêutica antimicrobiana deverão, assim, estar sempre presentes quando da instituição de uma antibioterapia. O tratamento deverá ser individualizado tendo em consideração o perfil do doente, o local da infecção e a etiologia da doença.

A selecção do antimicrobiano deverá basear-se na sua eficácia e segurança e ainda num custo aceitável.

Ao avaliar a eficácia e segurança de um antimicrobiano é importante considerar os efeitos resultantes de uma terapêutica de largo espectro na ecologia bacteriana - aumento do risco de infecção devida a microrganismos resistentes para o próprio doente e emergência de estirpes bacterianas com novos padrões de resistência no próprio meio, quer hospitalar quer na comunidade.

O antimicrobiano eficaz de menor espectro de actividade deverá ser sempre o fármaco de primeira escolha, devendo os clínicos adoptar uma atitude restritiva dentre os vários grupos de antimicrobianos eficazes (um ou dois fármacos de cada grupo).

Os novos antimicrobianos deverão ser sempre avaliados tendo como referência os já existentes e prescritos apenas quando claramente superiores.

As associações de antimicrobianos justificam-se apenas em situações particulares, a maioria ocorrendo em meio hospitalar, e têm por objectivo o tratamento de infecções polimicrobianas em que um único fármaco não é susceptível de cobrir os microrganismos isolados, obter um efeito sinérgico - sem dúvida de grande relevância no tratamento de infecções devidas a determinadas estirpes bacterianas como é o caso da endocardite devida a *Streptococcus* ou das infecções por *Pseudomonas* - ou ainda minimizar o desenvolvimento de estirpes resistentes, como é o caso do tratamento da tuberculose ou das infecções por *Pseudomonas*.

Uma terapêutica empírica deverá ser instituída com um antibiótico ou associação de antibióticos cujo espectro de actividade inclua apenas o ou os microrganismos que se suspeita serem causadores da infecção e não todos os possíveis; uma terapêutica de largo espectro justifica-se quando for necessário assegurar um controlo precoce da situação clínica do doente e evitar complicações.

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

O perfil do doente, a gravidade da situação e a existência de co-morbilidade são factores importantes a considerar, bem como o local da infecção e o padrão de susceptibilidade aos antimicrobianos do ou dos agentes etiológicos mais provavelmente responsáveis pela infecção em causa.

A eficácia do tratamento dependerá do rigor do diagnóstico e de uma terapêutica antimicrobiana apropriada. A utilização de regimes posológicos adequados é determinante da resposta terapêutica.

Das reacções adversas induzidas pelos antimicrobianos em geral, as reacções alérgicas - febre e erupções cutâneas - são as mais frequentes. A nefro e a ototoxicidade bem como a mielosupressão são específicas de fármaco e estão, usualmente, bem documentadas.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

1.1. Antibacterianos

1.1.1. Penicilinas

As penicilinas foram os primeiros "verdadeiros antibióticos" a ser introduzidos na prática clínica e continuam a desempenhar um papel importante no tratamento das infecções bacterianas. Pertencentes ao grande grupo dos beta lactâmicos, as penicilinas são antibióticos bactericidas que actuam por inibição da síntese da parede bacteriana e activação do seu sistema autolítico endógeno. Apresentam uma boa difusão em todos os tecidos do organismo com excepção da próstata, olho e SNC (meninges não inflamadas). São excretadas por via renal sendo recomendada uma redução da sua posologia em doentes com IR moderada a grave (em geral para Clcr < 50 ml/min).

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

Aminopenicilinas

AMOXICILINA

Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina

BENZILPENICILINA BENZATÍNICA

BENZILPENICILINA POTÁSSICA

BENZILPENICILINA PROCAÍNICA

Isoxazolilpenicilinas

FLUCLOXACILINA

1.1.2. Cefalosporinas

As cefalosporinas são antibióticos beta lactâmicos, estrutural e farmacologicamente relacionados com as penicilinas. Antibióticos bactericidas, tal como as penicilinas, actuam inibindo a síntese da parede bacteriana. Apresentam uma boa difusão nos diferentes tecidos do organismo e, na sua maioria, são eliminadas por via renal, sendo recomendados ajustamentos posológicos em doentes com IR moderada a grave (usualmente para Clcr \geq 50 ml/min). O seu perfil de reacções adversas é também bastante aceitável. Em geral, as cefalosporinas são activas *in vitro* contra muitas bactérias aeróbias gram + e gram - e alguns anaeróbios. Contudo, existem diferenças substanciais entre as várias

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

cefalosporinas no que respeita ao seu espectro e grau de actividade bactericida. O conhecimento dessas diferenças é essencial para a utilização destes antimicrobianos. Algumas cefalosporinas apresentam um espectro de actividade ou características farmacológicas únicos; outras podem ser descritas como fármacos "me too" que são de custo mais elevado do que as alternativas terapêuticas já existentes. As cefalosporinas actualmente disponíveis são usualmente classificadas em 4 classes - 1^a, 2^a, 3^a e 4^a gerações - de acordo com o seu espectro de actividade. As cefalosporinas de 1^a geração são activas essencialmente sobre bactérias gram +, sendo limitada a sua actividade sobre algumas gram -. À medida que se avança nas diferentes gerações, o espectro para gram - amplia-se (as cefalosporinas de 4^a geração são as mais activas) mas perde-se alguma actividade para os gram +. As cefamicinas e carbacefemes são habitualmente classificados no grupo das cefalosporinas dada a sua grande semelhança farmacológica. Chama-se a atenção para o excesso de oferta terapêutica neste grupo e insiste-se na necessidade de o médico limitar a sua prescrição apenas a alguns poucos membros desta família de medicamentos.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

Cefalosporinas de 1^a. Geração

CEFRADINA

Cefalosporinas de 2^a. Geração

CEFACTOR

CEFUROXIMA

Cefalosporinas de 3^a. Geração

CEFIXIMA

CEFTRIAXONA

1.1.3. Monobactams

1.1.4. Carbapenemes

1.1.5. Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta

A associação de penicilinas a inibidores das lactamases beta permite alargar o espectro de actividade dos antimicrobianos já que as lactamases beta produzidas por muitas estirpes de bactérias deixarão, deste modo, de inactivar os antimicrobianos em causa.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO

1.1.6. Cloranfenicol e tetraciclina

1.1.7. Aminoglicosídeos

Os aminoglicosídeos são antibióticos bactericidas activos contra a maioria das bactérias aeróbias gram - incluindo a *Pseudomonas aeruginosa*. Não são absorvidos quando administrados por via oral, sendo as vias IM ou IV utilizadas sempre que se pretende obter um efeito sistémico. Ajustar a posologia e monitorizar as concentrações séricas nos doentes com IR, incluindo o doente idoso. (In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

GENTAMICINA

1.1.8. Macrólidos

Os macrólidos são antibióticos que actuam por inibição da síntese proteica, sendo bactericidas quando utilizados em doses altas. A existência de disfunção hepática e ou medicação concomitante com fármacos susceptíveis de induzir prolongamento do intervalo QT deve ser considerada como uma contra-indicação e ou precaução à utilização dos macrólidos.

In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

CLARITROMICINA

AZITROMICINA

ERITROMICINA

1.1.9. Sulfonamidas e suas associações

As sulfonamidas foram os primeiros antimicrobianos a serem utilizados na prática clínica. O desenvolvimento de estirpes resistentes e o facto de apresentarem uma toxicidade significativa têm limitado a sua utilidade terapêutica. A associação de outros antimicrobianos às sulfonamidas visa obter um efeito sinérgico minimizando o desenvolvimento de estirpes resistentes. O cotrimoxazol, associação do sulfametoxazol com o trimetoprim, é a mais utilizada.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM

1.1.10. Quinolonas

CIPROFLOXACINA

LEVOFLOXACINA

1.1.11. Outros antibacterianos

METRONIDAZOL

1.1.12. Antituberculosos

1.1.13. Antilepróticos

1.2. Anti-fúngicos

FLUCONAZOL

NISTATINA

1.3. Anti-víricos

A terapêutica antivírica específica é, em geral, pouco eficaz. A replicação viral é usualmente máxima antes do aparecimento dos sintomas clínicos o que impossibilita, na maioria dos casos, uma intervenção terapêutica em tempo útil. Contudo, grande parte das viroses são de curta duração e benignas. A síndrome da imunodeficiência humana adquirida é uma excepção. Todos os antivíricos inibem a replicação viral actuando numa ou em várias fases do processo replicativo.

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ACICLOVIR

1.3.1. Anti-retrovirais

1.3.2. Outros antivíricos

1.4. Antiparasitários

1.4.1. Anti-helmínticos

Os fármacos anti-helmínticos são altamente eficazes no tratamento das infecções causadas por céstodos, nemátodos e tremátodos sendo, contudo, obrigatória a associação de medidas de higiene individual, do agregado familiar e da própria comunidade, nas zonas endémicas, capazes de quebrar o ciclo de autoinfecção.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ALBENDAZOL

1.4.2. Antimalários

1.4.3. Outros antiparasitários

SISTEMA NERVOSO CENTRAL 2

2.1. Anestésicos gerais

2.2. Anestésicos locais

2.3. Relaxantes musculares

2.3.1. Acção central

BACLOFENO

TIZANIDINA

2.3.2. Acção periférica

2.3.3. Acção muscular directa

2.4. Antimiasténicos

2.5. Antiparkinsónicos

O Parkinsonismo é a síndrome que pode ser determinado pela doença de Parkinson idiopática ou por outros distúrbios cuja caracterização transcende o âmbito deste livro. É importante salientar que a grande diferença entre a doença de Parkinson e outros parkinsonismos é a possibilidade de naquela os sintomas poderem ser razoavelmente controlados com medicamentos e no caso dos parkinsonismos os sintomas serem total ou parcialmente resistentes à medicação. A resposta dos sintomas de parkinsonismo à terapêutica dopaminomimética constitui mesmo uma prova diagnóstica, isto é, se há uma resposta positiva com a levodopa o diagnóstico de doença de Parkinson idiopática é mais provável. O tratamento da doença de Parkinson é ainda exclusivamente sintomático e os objectivos desse tratamento podem ser classificados da seguinte forma: *a)* controlo dos sintomas característicos da síndrome parkinsonica (tremor, rigidez, bradicinesia); *b)* controlo das complicações que surgem no contexto do tratamento com levodopa (flutuações da resposta motora, movimentos involuntários); *c)* prevenção/retardamento do aparecimento das complicações referidas em *b)*.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

BROMOCRIPTINA

CARBIDOPA + LEVODOPA

ROPINIROL

PERGOLIDA

SELEGILINA

2.6. Antiepilépticos e Anticonvulsivantes

O tratamento da epilepsia deve obedecer a princípios gerais que se sintetizam a seguir:

1. Sempre que possível deve persistir-se na monoterapia. **2.** O fármaco com a melhor relação risco-benefício deve ser escolhido em função das características das crises e do doente. **3.** A dose do medicamento escolhido deve ser titulada até ao controlo das crises ou até surgirem sinais de intolerância. O doseamento dos níveis plasmáticos é um instrumento útil neste processo. **4.** Se não se conseguir o controlo da situação clínica com o fármaco escolhido deve ser considerado outro fármaco. Neste caso o novo fármaco deve ser titulado enquanto que o fármaco utilizado primariamente deve ser descontinuado de forma progressiva. **5.** As associações medicamentosas só deverão ser consideradas quando a monoterapia insistentemente tentada não resultou. As associações fixas de medicamentos, isto

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

é, as formulações medicamentosas com 2 ou mais princípios activos NUNCA devem ser utilizadas no tratamento da epilepsia.

Os diferentes medicamentos com acção antiepiléptica estão associados a reacções adversas, algumas específicas de molécula, outras específicas de classe. É de salientar que para qualquer antiepiléptico a interrupção brusca da administração pode desencadear crises ou mesmo estado de mal, pelo que não deve ser praticada.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

CARBAMAZEPINA

FENITOÍNA

GABAPENTINA

TOPIRAMATO

ÁCIDO VALPRÓICO

QUETIAPINA

LEVATIRACETAM

CLONAZEPAM

2.7. Antieméticos e antivertiginosos

Importa ainda distinguir vertigem de tontura e/ou instabilidade da marcha. A vertigem é uma alucinação de movimento. Pode ter várias causas que são pragmaticamente divididas nas que afectam o SNC e nas periféricas, isto é, externas ao SNC. Como é óbvio, a abordagem terapêutica da vertigem implica a correcta avaliação diagnóstica e a equação de uma abordagem etiológica. Como já dissemos, os medicamentos mencionadas como antivertiginosos pretendem minimizar os sintomas de vertigem mas não são um tratamento etiológico.

Por outro lado, a tontura e/ou instabilidade da marcha são semiologicamente diferentes da vertigem e os doentes que delas sofrem não devem ser medicadas como se de vertigens se tratasse. Este erro conduz à manutenção de tratamentos com medicamentos com acção antidopaminérgica e sedativos, o que aumenta significativamente o risco de iatrogenia, em especial na população idosa.

Acrescenta-se que neste contexto não há qualquer justificação para utilização de especialidades farmacêuticas constituídas por associações fixas de princípios activos.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

BETA-HISTINA

ONDANSETROM

2.8. Estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central

2.9. Psicofármacos

2.9.1. Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

Neste grupo descrevem-se os medicamentos que têm como principal indicação o tratamento dos síndromes de ansiedade, primários ou secundários e/ou a indução ou manutenção do sono.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

Azopironas

BUSPIRONA

Benzodiazepinas

ALPRAZOLAM
BROMAZEPAM
CLORAZEPATO DIPOTÁSSICO
DIAZEPAM
LORAZEPAM
ZOLPIDEM

2.9.2. Antipsicóticos

Até há poucos anos atrás todos os antipsicóticos eram antagonistas dos receptores D2 da dopamina. Nenhum dos medicamentos disponíveis interactiva selectivamente com um único receptor, todos eles têm várias acções farmacológicas e por isso a maioria das reacções adversas associadas a estes medicamentos são previsíveis.

Os antipsicóticos, além de serem eficazes no controlo dos sintomas das psicoses, possuem outros efeitos farmacológicos que podem ser utilizados com vantagens terapêuticas, por exemplo são antieméticos, antivertiginosos e ansiolíticos. É óbvio que a relação risco-benefício da sua utilização com estas finalidades é muito diferente da relação risco-benefício no tratamento da psicose. A relação risco-benefício em cada uma das potenciais indicações terá que ser ponderada.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

CLOROPROMAZINA
HALOPERIDOL
RISPERIDONA
OLANZAPINA
TIAPRIDA

2.9.3. Antidepressores

Os medicamentos antidepressores têm demonstrado eficácia no controlo sintomático das perturbações depressivas do humor, quer se trate de depressão major ou de alteração distímica.

Em termos gerais podemos dizer que os diferentes antidepressores se distinguem essencialmente pelo seu perfil de reacções adversas e por propriedades farmacocinéticas, mais do que pelo padrão de eficácia terapêutica.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

Inibidores da monoaminoxidase

MOCLOBEMIDA

Inibidores selectivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ISRSN)

VENLAFAXINA

Inibidores selectivos de recaptação da serotonina (ISRS)

ESCITALOPRAM

FLUOXETINA

Tricíclicos e afins

MIRTAZAPINA

TRAZODONA

SERTRALINA

DULOXETINA

2.9.4. Lítio

2.10. Analgésicos e antipiréticos

Neste grupo descrevem-se os medicamentos que têm acção analgésica e/ou antipirética mas que não interferem com os receptores dos opióides e cuja actividade anti-inflamatória quando existe é reduzida ou moderada, não representando a principal acção do medicamento. O grupo dos medicamentos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), em geral, é desenvolvido no grupo do Aparelho Locomotor.

Deve-se notar ainda que muitos dos princípios activos não se encontram isolados nas formulações simples mas sim em associações fixas, muitas das quais carecem de justificação terapêutica. As associações que contêm cafeína, porque a dose de cafeína que contêm não é suficiente, estão nestas circunstâncias.

Também é frequente existirem associações fixas de analgésicos/antipiréticos com anti-histamínicos e/ou vasoconstritores. Estas formulações tem como alvo os diversos sintomas do síndrome gripal ou da constipação vulgar. No entanto, a sua utilização não é recomendada, particularmente quando contêm vasoconstritores que podem determinar graves problemas de segurança, nomeadamente hipertensão.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ACETILSALICILATO DE LISINA

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

CLONIXINA

METAMIZOL MAGNÉSICO

PARACETAMOL

2.11. Medicamentos usados na enxaqueca

2.12. Analgésicos estupefacientes

Os opiáceos apresentam um perfil de reacções adversas características da classe e de que se salienta o potencial para indução de dependência física que não deve, no entanto, impedir que os doentes com quadros dolorosos significativos sejam adequadamente tratados. As reacções adversas mais frequentes são as tonturas, sedação, náuseas e vômitos e sudação. Além destes podem acontecer: euforia, disforia, estados confusionais, insónia, agitação, medo, alucinações, sonolência, incoordenação dos movimentos, alteração do humor, cefaleias, alterações da visão, miose, tremor, convulsões, aumento da pressão intracraniana.

A nível do tubo digestivo referem-se dor abdominal, alterações do gosto, boca seca, anorexia e obstipação. Do aparelho cardiovascular: afrontamentos, calafrios, colapso da circulação periférica, taquicardia, bradicardia, arritmias, hipertensão, hipotensão ortostática e síncope. No aparelho geniturinário: espasmos dos esfíncteres, retenção urinária, oligúria, efeito antidiurético, redução da libido, impotência. Há ainda a referir reacções de hipersensibilidade, prurido, urticária, laringospasmo. Pode também mencionar-se a possibilidade de broncospasmo, redução do reflexo da tosse, alterações da regulação térmica, rigidez muscular, parestesias. E nunca se deve esquecer o risco de depressão respiratória. As doses devem ser reduzidas quando há IR.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

BUPRENORFINA

DI-HIDROCODEÍNA

FENTANILO

MORFINA

TRAMADOL

2.13. Outros medicamentos com Acção no Sistema Nervoso Central

2.13.1. Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas

DONEPEZILO

MEMANTINA

RIVASTIGMINA

2.13.2. Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor

2.13.3. Medicamentos para tratamento da dependência de drogas

ACAMPROSATO

2.13.4. Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília

APARELHO CARDIOVASCULAR 3

À semelhança do que acontece com o tratamento de situações patológicas inerentes a outros aparelhos e sistemas, também a terapêutica cardiovascular implica, em termos genéricos, quatro formas de abordagem:

1. prevenção da situação patológica;
2. remoção da causa precipitante;
3. correcção dos mecanismos de adaptação subjacentes;
4. controlo do estado clínico *per se*.

No que respeita à classificação dos fármacos, é cada vez mais difícil, em termos conceptuais, confiná-los a grupos estanques. É que um determinado fármaco pode ter várias indicações terapêuticas (ex: IECAs - indicados no tratamento da HTA e da IC); e também é verdade que uma determinada situação clínica pode ter uma abordagem multifarmacológica. É o caso da IC, em que, graças a uma melhor compreensão actual dos seus mecanismos fisiopatológicos, tem sido possível a utilização de fármacos que não reduzem apenas a sintomatologia mas também aumentam a sobrevida.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

3.1. Cardiotónicos

3.1.1. Digitálicos

DIGOXINA

3.1.2. Outros cardiotónicos

3.2. Antiarrítmicos

3.2.1. Bloqueadores dos canais do sódio (Classe I)

PROPAFENONA

3.2.2. Bloqueadores adrenérgicos beta (Classe II)

SOTALOL

3.2.3. Prolongadores da repolarização (Classe III)

AMIODARONA

3.2.4. Bloqueadores da entrada do cálcio (Classe IV)

DILTIAZEM

VERAPAMILO

3.2.6. Outros antiarrítmicos

3.3. Simpaticomiméticos

3.4. Anti-hipertensores

3.4.1. Diuréticos

CLOROTALIDONA

ESPIRONOLACTONA

FUROSEMIDA

HIDROCLOROTIAZIDA + AMILORIDA

INDAPAMIDA

METOLAZONA

3.4.2.1 Modificadores do eixo renina angiotensina

CAPTOPRIL

CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

ENALAPRIL

ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA

PERINDOPRIL

3.4.2.2 Antagonistas dos receptores da angiotensina

LOSARTAN

LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

IRBESARTAN

IRBESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

3.4.3. Bloqueadores da entrada do cálcio

AMLODIPINA

NIFEDIPINA

3.4.4. Depressores da actividade adrenérgica

ATENOLOL + CLOROTALIDONA

BISOPROLOL

BISOPROLOL + HIDROCLOROTIAZIDA

CARVEDILOL

CLONIDINA

METILDOPA

PROPRANOLOL

3.4.5. Vasodilatadores directos

MINOXIDIL

3.4.6. Outros

3.5. Vasodilatadores

3.5.1. Antianginosos

DINITRATO DE ISOSSORBIDA

MONONITRATO DE ISOSSORBIDA

NICORANDILO

NITROGLICERINA

TRIMETAZIDINA

3.5.2. Outros vasodilatadores

3.6. Venotrópicos

3.7. Antidislipídicos

Estatinas

PRAVASTATINA

SINVASTATINA

Fibratos

FENOFIBRATO

Outros

EZETIMIBA

SANGUE 4

4.1. Antianémicos

As anemias que podem beneficiar da administração de fármacos são principalmente aquelas em que existe deficiência em ferro, em factores necessários à síntese das nucleoproteínas que ocorre durante a divisão celular, eritropoietina, outros em factores de crescimento hematopoiético e, pontualmente, outros compostos que são utilizados em anemias não deficitárias. A terapêutica de uma anemia deve ser ajustada à causa específica da doença após definição de um diagnóstico etiológico que inclui uma análise sanguínea completa e eventuais determinações plasmáticas dos teores em ferro, folatos e vitamina B12.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

4.1.1. Compostos de ferro

CITRATO FÉRRICO DE AMÓNIO

COMPLEXO HIDRÓXIDO FÉRRICO-POLIMALTOSE

GLUCONATO FERROSO

SULFATO FERROSO

SULFATO FERROSO + ÁCIDO FÓLICO

4.1.2. Medicamentos para tratamento das anemias megalobásticas

4.1.3. Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas

4.2. Factores de crescimento estimulantes da hematopoiese

4.3. Anticoagulantes e antitrombóticos

Os fármacos que interferem com a coagulação sanguínea, diminuindo-a, tais como as heparinas, outros anticoagulantes de uso parentérico, como o fondaparinux sódico e os anticoagulantes orais, são usados na profilaxia das trombozes; actuam no mesmo sentido, mas com uma actividade dirigida principalmente para a trombogénese intra-arterial, os antiagregantes plaquetários.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

4.3.1.1. Heparinas

Todas apresentam uma absorção mais uniforme e melhor biodisponibilidade que a heparina clássica, o que permite atingir facilmente níveis previsíveis de heparina com injeções SC de doses altas e o uso de doses fixas baseadas no peso, sem controlo da APTT. O $t_{1/2}$ muito mais longo ajuda a libertar desta monitorização constante, o que se traduz num tratamento bem sucedido da trombose venosa aguda e na redução do risco de acidentes isquémicos em doentes com angina instável e enfarte do miocárdio. As fracções de diferentes pesos moleculares têm propriedades funcionais distintas e não existe equivalência entre os vários preparados no que respeita a dosagem. Requerem apenas uma ou duas injeções SC diárias e apresentam vantagens económicas reais. As reacções adversas são idênticas às da heparina NF - hemorragia, trombocitopenia e osteoporose - mas menos frequentes.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ENOXIPARINA SÓDICA
NADROPARINA CÁLCICA

4.3.1.2. Anticoagulantes orais

Os efeitos destes fármacos só se tornam aparentes após a depleção plasmática dos factores da coagulação atrás indicados, o que só acontece 2-3 dias após o início da administração. Deste modo, a terapêutica anticoagulante oral, por si só, é inadequada para o controlo inicial; a heparina é o anticoagulante de escolha quando se necessita de um efeito imediato, utilizando-se os derivados cumarínicos para manutenção do tratamento quando está indicada uma acção anticoagulante de longa duração. Na maioria dos casos a heparina e os anticoagulantes orais devem iniciar-se simultaneamente, continuando os dois fármacos a sobrepor-se durante um curto período de tempo. Em alguns destes doentes pode ser também útil um fármaco antiagregante plaquetário.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ACENOCUMAROL
VARFARINA

4.3.1.3. Outros anticoagulantes

4.3.1.4. Antiagregantes plaquetários

Os antagonistas das funções plaquetárias previnem as oclusões tromboembólicas agudas da circulação arterial, por inibirem a agregação das plaquetas, na sequência de uma disfunção do endotélio.

O ácido acetilsalicílico é o fármaco de escolha para profilaxia do tromboembolismo arterial ou doença cardiovascular de longa duração.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ACETILSALICILATO DE LISINA
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO + DIPIRIDAMOL
CLOPIDOGREL
DIPIRIDAMOL
TICLOPIDINA

4.4. Anti-hemorrágicos

4.4.1. Antifibrinolíticos

ACIDO AMINOCAPRÓICO

4.4.2. Hemostáticos

APARELHO RESPIRATÓRIO⁵

5.1. Antiasmáticos e broncodilatadores

A asma é considerada actualmente como uma doença inflamatória crónica das vias aéreas a que se associa a hiperreactividade brônquica e o broncospasmo. Mesmo quando os doentes apresentam uma função pulmonar dentro dos parâmetros normais, a sua árvore respiratória é hiperreactiva a uma variedade de estímulos inespecíficos como o ar frio, o exercício físico, fumos ou poeiras, inalação de gases irritantes, infecções respiratórias, etc.

A hiperreactividade brônquica está relacionada com a inflamação dos brônquios, desgranulação dos mastócitos, alterações do epitélio brônquico e infiltração de células inflamatórias, eosinófilos, macrófagos e linfócitos. A broncoconstricção pode manifestar-se por sensação de opressão torácica, dispneia e tosse.

A asma pode ser classificada em *extrínseca* e *intrínseca*.

A asma do tipo extrínseco é a mais frequente na criança e no adulto jovem, pode variar com as estações do ano e está associada a um estímulo externo que pode ser um alérgeno específico ou inespecífico. A maioria destes doentes apresenta uma história de alergia e níveis aumentados de IgE para alérgenos específicos. No processo inflamatório da asma, a causa mais comum é a hipersensibilidade imediata aos alérgenos sazonais (pólenes, fungos) ou ácaros, pó da casa ou animais domésticos. A asma do tipo intrínseco é mais frequente em adultos e tem menor variação sazonal, não se evidenciando um agente etiológico externo. A fisiopatologia da asma é complexa e vários mecanismos podem estar envolvidos: o estreitamento das vias aéreas surge em resultado da contracção do músculo liso, da vasodilatação e do edema resultante da inflamação da mucosa e da hipersecreção de muco, por vezes muito espesso e de difícil expulsão.

Há três abordagens essenciais no tratamento da asma: - supressão do factor causal, se possível (prevenção da exposição a desencadeantes, vacinação); - terapêutica anti-inflamatória; - terapêutica broncodilatadora. No tratamento da asma há que ter em conta que a via inalatória é muito importante e tem requisitos especiais, pelo que é particularmente relevante a instrução ao doente sobre as técnicas de uso dos vários tipos de inaladores.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

5.1.1. Agonistas adrenérgicos beta

CLENBUTEROL

FLUTICASONA + SALMETEROL

FORMOTEROL

SALBUTAMOL

SALMETEROL

5.1.2. Antagonistas colinérgicos

BROMETO DE IPRATRÓPIO

BROMETO DE TIOTRÓPIO

5.1.3. Anti-inflamatórios

ÁCIDO CROMOGLÍCICO

CETOTIFENO

BUDESONIDA

FLUTICASONA

5.1.4. Xantinas

AMINOFILINA
DIPROFILINA
TEOFILINA

5.1.5. Antiasmáticos de acção profiláctica

5.2. Antitússicos e expectorantes

A tosse, reflexo de defesa em consequência da irritação das vias aéreas, é um importante mecanismo fisiológico protector.

Não deve ser tratada como sintoma, deve procurar-se a causa e tentar eliminá-la. Se a causa é desconhecida ou se o tratamento específico resulta ineficaz no alívio da tosse (por ex: caso de neoplasia ou de doença intersticial do pulmão) então o tratamento sintomático, com recurso a antitússicos, pode ser desejável.

O uso de antitússicos deve restringir-se a circunstâncias especiais, clinicamente ponderadas, de doentes traumatizados, no pós-operatório cardiotorácico, de aneurismas, de hérnias ou noutras situações onde a presença da tosse constitua grave inconveniente para o doente, em particular nas situações de tosse nocturna. A terapêutica das patologias tussígenas depende da presença de uma tosse produtiva ou não produtiva. A tosse não produtiva é considerada "inútil" para o doente e a abordagem inicial para a eliminação deste tipo de tosse é o tratamento da patologia subjacente. A tosse produtiva é caracterizada pela presença de esputo e pode ser "útil" como mecanismo fisiológico de protecção.

Quando estiver indicada, a terapêutica com recurso a fármacos expectorantes e mucolíticos visa o aumento de volume das secreções e a diminuição da viscosidade do muco, com consequente facilitação da sua remoção.

A adequada hidratação do doente, por ingestão de água ou por inalação de vapor de água, é de grande importância pela sua acção demulcente e expectorante.

Estão disponíveis numerosas preparações combinadas de antitússicos e expectorantes que incluem misturas de anti-histamínicos, broncodilatadores, extractos e tinturas vegetais. Não lhes faremos referência especial porque há pouca evidência da sua eficácia. Estas associações são "ilógicas" e, por vezes, incluem princípios farmacológicos em concentrações inadequadas.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

CODEÍNA
DROPROPIZINA
ACETILCISTEÍNA
AMBROXOL

5.3. Tensioactivos (surfactantes) pulmonares

APARELHO DIGESTIVO 6

6.1. Medicamentos que actuam na boca e orofaringe

6.2. Antiácidos e anti-ulcerosos

Neste grupo agrupam-se fármacos muito heterogéneos que partilham utilização terapêutica comum (neutralização da acidez gástrica e/ou tratamento da úlcera péptica).

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

6.2.1. Antiácidos

CARBONATO DE CÁLCIO

CARBONATO DE CÁLCIO + CARBONATO DE MAGNÉSIO

CARBONATO DE DI-HIDRÓXIDO DE ALÚMINIO E SÓDIO

FOSFATO DE ALUMÍNIO

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO

6.2.2. Modificadores da secreção gástrica

6.2.2.1. Anicolinérgicos

6.2.2.2. Antagonistas dos receptores H₂

RANITIDINA

6.2.2.3. Inibidores da bomba de prótons

OMEPRAZOL

PANTOPRAZOL

6.2.2.4. Prostaglandinas

6.2.2.5. Protectores da mucosa gástrica

SUCRALFATO

6.3. Modificadores da motilidade gastrointestinal

Neste grupo incluem-se medicamentos de largo emprego, mas de duvidoso interesse terapêutico, fora de indicações precisas (nomeadamente os laxantes e obstipantes).

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

6.3.1. Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos

CLEBOPRIDA

DOMPERIDONA

METOCLOPRAMIDA

6.3.2. Modificadores da motilidade intestinal

LACTULOSE

LOPERAMIDA

SENE

BISACODILO

6.4. Antiespasmódicos

A sua utilidade clínica é limitada pela ausente ou insuficiente selectividade sobre o tubo gastrointestinal; na realidade, para se obter um bloqueio da inervação vagal intestinal é preciso usar doses de anticolinérgicos que exercem efeitos laterais incómodos ou inconvenientes (midríase, secura da boca, taquicardia, perturbações da micção). Para o caso dos antiespasmódicos de tipo musculotropo (papaverínico), não existe evidência de uma acção selectiva sobre a fibra lisa intestinal. Acresce ainda que para muitos destes compostos se assinala a co-existência de efeitos anticolinérgicos e papaverínicos, o que torna mais difícil ainda uma correcta avaliação da sua alegada utilidade terapêutica. De qualquer modo, trata-se de um grupo terapêutico ao qual se recorre ainda com alguma frequência, embora a sua popularidade se encontre em declínio. As associações de antiespasmódicos com analgésicos ou tranquilizantes são desprovidas de fundamentação terapêutica, não se recomendando o seu uso. As cólicas renais e biliares respondem de modo satisfatório à administração de AINEs, em administração por via IV.

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

BROMETO DE PINAVÉRIO

BUTILESCOPOLAMINA

MEBEVERINA

6.5. Inibidores enzimáticos

6.6. Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos

6.7. Anti-hemorroidários

6.8. Anti-inflamatórios intestinais

MESSALAZINA

SULFASSALAZINA

6.9. Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares

6.9.1. Coleréticos e colagogos

SILIMARINA

ACIDO URSODESOXICOLICO

6.9.2. Medicamentos para tratamento da litíase biliar

APARELHO GENITURINÁRIO 7

7.1. Medicamentos de aplicação tópica na vagina

7.2. Medicamentos que actuam no útero

7.3. Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários

As infecções das vias urinárias são muito comuns na mulher. São frequentemente de causa bacteriana, causadas por *Escherichia coli*, *Staphylococcus* ou *Pseudomonas*. A maioria das infecções urinárias são do tracto inferior (baixas) e o seu tratamento não levanta grandes dificuldades. Porém, podem surgir recidivas com possibilidades de evolução para quadros clínicos mais complexos com risco de atingimento renal. As infecções altas podem resultar de um agravamento de uma cistite. Os antibacterianos usados no tratamento de infecções das vias urinárias devem sofrer excreção renal e atingir altas concentrações na urina. Os esquemas de tratamento mais comuns compreendem tomas durante 5 a 7 dias, embora existam protocolos de 3 dias ou de toma única. As infecções recidivantes obrigam a tratamentos mais prolongados, complementados com um período de profilaxia com doses menores.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

NITROFURANTOÍNA

7.4. Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias

7.4.1. Acidificantes e alcalinizantes urinários

7.4.2. Medicamentos usados nas perturbações da micção

7.4.2.1. Medicamentos usados na retenção urinária

A retenção urinária pode manifestar-se de forma aguda ou crónica. A aguda requer cateterização. A crónica requer a identificação da causa, podendo ser necessário o recurso a cirurgia e/ou a terapêutica medicamentosa. A retenção urinária pode resultar de um bloqueio da uretra ou de qualquer factor que interfira com o tónus do músculo detrusor, do esfíncter ou da uretra. As alterações do tónus do músculo detrusor e do esfíncter são, com alguma frequência, de causa iatrogénica. As perturbações do fluxo urinário a nível da uretra são muito frequentes no homem, causadas por hipertrofia da próstata.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ALFUZOSINA

FINASTERIDA

TANSULOSINA

7.4.2.2. Medicamentos usados na incontinência urinária

A incontinência urinária é definida como uma condição em que a perda involuntária de urina, que pode ser objectivamente demonstrada, constitui um problema social ou higiénico. Pode ser causada por anomalias da bexiga e/ou por anomalias do esfíncter que conduzem a uma perda na eficácia do esfíncter, a uma instabilidade

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

do detrusor ou a um enchimento vesical exagerado. Disto resulta um conjunto de sintomas como urgência ou imperiosidade, gotejamento, noctúria, disúria, cuja frequência e intensidade são variáveis. A abordagem farmacológica da incontinência urinária tem um sucesso limitado. A incontinência devida a deficiências do esfíncter é dificilmente tratada com fármacos; na resultante de retenção urinária (dificuldades de esvaziamento), o tratamento recomendado é o descrito no subgrupo anterior. Se a retenção for devida a hipotonicidade do detrusor pode justificar-se o recurso a agonistas muscarínicos ou a análogos de prostaglandinas. Na resultante de dificuldades de enchimento vesical, o tratamento farmacológico visa inibir a contractilidade vesical, aumentar a capacidade da bexiga e aumentar a resistência ao esvaziamento. O efeito terapêutico dos fármacos utilizados para facilitar o armazenamento de urina resulta da combinação de efeitos centrais e periféricos exercidos por mecanismos diversos. Os fármacos mais comuns actuam como antagonistas muscarínicos ("anticolinérgicos") e/ou como relaxantes do músculo liso (antiespasmódicos).

(In: Prontuário Terapêutico – Infarmed)

CLORETO DE TRÓSPIO

FLAVOXATO

OXIBUTININA

7.4.3. Medicamentos usados na disfunção eréctil

HORMONAS E MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS ENDÓCRINAS 8

8.1. Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas

8.2. Corticosteróides

Os glucocorticóides têm efeitos a quase todos os níveis. A sua libertação ante situações de stress faz parte da resposta fisiológica compensatória e tem como finalidade evitar que os mecanismos orgânicos de defesa saiam fora do controlo endógeno. Quando se administram corticosteróides exógenos estamos a aumentar os níveis de controlo hormonal de acordo com as possíveis exigências orgânicas. São medicamentos que têm potentes efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores; produzem efeitos a nível metabólico com aumento da glicemia e alterações a nível do metabolismo dos lípidos; como consequência das acções metabólicas podem condicionar a debilidade muscular e a osteoporose; no SNC provocam alterações no comportamento; e a nível gastrointestinal aumentam a produção de ácido clorídrico e pepsina. De toda esta variedade de efeitos, resultam indicações terapêuticas diversas que tanto podem estar ligadas a doenças endócrinas como doenças não endócrinas que estejam dependentes da acção directa dos efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores dos glucocorticóides.

Nas situações agudas de natureza alérgica ou anafiláctica, recorre-se a preparações hidrossolúveis (**hidrocortisona** sódica, succinato de **metilprednisolona** ou succinato de **prednisolona**), injectadas por via IV em doses elevadas.

Os glucocorticóides disponíveis diferem entre si pelas sua actividade e duração de acção, assim como pelo grau de actividade mineralocorticóide co-existente. Na selecção dos glucocorticóides deve atender-se à sua duração de acção. Os de acção curta ou intermédia são seleccionados para tratamentos de urgência em casos agudos ou em tratamentos de substituição, em casos de insuficiências endócrinas. Os de acção prolongada, em tratamentos crónicos quando se pretende suprimir a actividade da suprarrenal.

São medicamentos responsáveis por numerosos efeitos secundários, principalmente quando as doses fisiológicas são ultrapassadas e quando o tratamento é de longa duração. A retenção de sódio, por vezes responsável por edemas e hipertensão, depende da sua actividade mineralocorticóide.

Após um tratamento prolongado ou após doses elevadas, é indispensável reduzir progressivamente a posologia. O tratamento prolongado provoca uma atrofia adrenal que pode persistir por vários anos depois do fim do tratamento. A suspensão abrupta da medicação pode desencadear uma insuficiência aguda da suprarrenal, hipotensão e até a morte. A retirada da medicação deve, por isso, fazer-se de modo gradual e pode muitas vezes estar associada a febre, mialgias, artralgias, rinite, conjuntivites e perda de peso.

Nos efeitos laterais referem-se: fraqueza muscular e alterações do ritmo cardíaco, sintomatologia do síndrome de Cushing, miopatias, hiperglicemia, osteoporose (risco maior nas mulheres menopausadas), diminuição da resistência a todos os agentes infecciosos, alterações digestivas com aumento da incidência de hemorragias ou perfuração; euforia, agitação, insónia, cefaleias e reacções psicóticas. Podem também provocar aumento da pressão intra-ocular e glaucoma.

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

Nas crianças, em tratamento crónico, podem produzir atrasos de crescimento e perturbações oculares (com desenvolvimento de cataratas).

As contra-indicações absolutas ou relativas dos corticosteróides são a hipertensão, a ICC, a IR, a osteoporose, a epilepsia mal controlada, a úlcera gastroduodenal, a tuberculose e as infecções virais ou micóticas. Nos diabéticos, devido às suas acções metabólicas, por diminuírem a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina, só devem usar-se em caso de absoluta necessidade. O mesmo deve ser de considerar durante a gravidez.

Os corticosteróides são esteróides organizados de forma a condicionar a sua relação estrutural com as actividades farmacológicas. Algumas das modificações introduzidas nas suas moléculas visam uma maior actividade anti-inflamatória com as hipóteses de menores efeitos laterais (por redução da actividade mineralocorticóide ou por supressão completa dessa actividade ou ainda por menor interferência no metabolismo do cálcio ou dos hidratos de carbono).

O uso de corticosteróides com actividade mineralocorticóide acompanha-se de retenção de sódio, hipocaliémia e edemas, que serão especialmente graves em doentes com hipertensão e doenças vasculares. Nas formas farmacêuticas disponíveis encontram-se apresentações para via IV com características de libertação controlada que permitem eficácia terapêutica por intervalos de tempo mais prolongados.

Com excepção da aplicação tópica por períodos curtos de uso, os corticosteróides interagem com vários medicamentos. Os AINEs aumentam o risco de hemorragias e ulceração gástrica. A **rifampicina** acelera o metabolismo dos corticosteróides com a consequente redução do efeito terapêutico; o mesmo se verifica com antiepilépticos (**carbamazepina**, barbitúricos e **fenitoína**). Com os antidiabéticos antagonizam os efeitos hipoglicemiantes. Com os anti-hipertensores antagonizam os efeitos hipotensores destes medicamentos. Com os diuréticos (**acetazolamida**, tiazidas ou diuréticos da ansa) aumentam o risco de hipocaliémia.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

HIDROCORTISONA

METILPREDNISOLONA

PREDNISOLONA

8.3. Hormonas da tiróide e antitiroideus

LEVOTIROXINA SÓDICA

PROPILTIOURACILO

8.4. Insulinas, antidiabéticos orais e glucagom

Cerca de 25% dos doentes diabéticos requerem tratamento com insulina (são insulino dependentes); para além daqueles que apresentam acetoacidose, a insulina é necessária em quase todos os doentes com uma manifestação súbita de sintomas tais como perda de peso, fraqueza física e algumas vezes vómitos associados com acetonúria. A maioria dos diabéticos de tipo 2 (não insulino dependentes) e que são obesos, podem ser tratados com a restrição de hidratos de carbono, mas que permita um certo consumo de energia, com actividade física satisfatória, e/ou com a administração de medicamentos hipoglicemiantes. Nos doentes não obesos e sem carência de insulina, as medidas dietéticas podem resolver as situações. De um modo geral, o regime dietético é estabelecido de acordo com as necessidades e consumos calóricos do diabético e constitui também uma alternativa terapêutica. A selecção dos medicamentos deve

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

ser feita em função do tipo da diabetes e da situação clínica do doente, não devendo, contudo, esquecer-se as recomendações sobre os cuidados alimentares, o exercício físico e os aspectos de higiene individual.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

8.4.2 Antidiabéticos orais

GLIBENCLAMIDA

GLICLAZIDA

GLIMEPIRIDA

METFORMINA

SITAGLIPTINA

Insulinas

INSULINA GLARGINA

INSULINA HUMANA

INSULINA HUMANA + INSULINA ISOFÂNICA

INSULINA ISOFÂNICA

INSULINA LISPRO

INSULINA-ZINCO COMPOSTA, SUSPENSÃO

8.5. Hormonas sexuais

8.6. Estimulantes da ovulação e gonadotropinas

8.7. Anti-hormonas

APARELHO LOCOMOTOR 9

9.1. Anti-inflamatórios não esteróides

Verifica-se grande variabilidade individual na resposta aos AINEs. Com este conhecimento cada médico deve constituir o seu "formulário", sabendo que deve manusear 5 a 6 fármacos. Pode ser necessário o uso sequencial de vários AINEs, até encontrar o mais adequado, para cada doente num determinado momento, quer em eficácia terapêutica, quer em tolerabilidade. É previsível que no termo de 1 a 2 semanas de terapêutica, com doses correctas de um anti-inflamatório, se possa concluir da adequação da escolha. Pode ser necessário ensaiar 3 a 4 fármacos até completar esta selecção. Esta deve ter em conta a experiência prévia do doente com o uso de anti-inflamatórios. Estão contra-indicadas as associações de AINEs.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ACECLOFENAC

DICLOFENAC

IBUPROFENO

MELOXICAM

NIMESULIDA

PIROXICAM

9.2. Modificadores da evolução da doença reumatisal

9.3. Medicamentos usados para Tratamento da gota

As crises agudas de gota tratam-se eficazmente com anti-inflamatórios não esteróides em doses altas. A **colquicina** é uma alternativa terapêutica válida mas a sua utilização é limitada pela toxicidade da posologia necessária ao controlo do acesso agudo. É útil em doentes com ICC e hipocoagulados. A recorrência frequente de crises legitima o uso do **alopurinol**, inibidor da xantinaoxidase, ou de uricosúricos. O início do tratamento pode precipitar a ocorrência de crises.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

ALOPURINOL

9.4. Medicamentos para tratamento da artrose

GLUCOSAMINA

9.5. Enzimas anti-inflamatórias

9.6. Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio

ACIDO ALENDRÓNICO + COLECALCIFEROL

MEDICAÇÃO ANTIALÉRGICA

10.1. Anti-histamínicos

Os anti-histamínicos antagonizam muitas das acções da histamina, reduzindo as respostas mediadas pelos receptores H1. Não são curativos e constituem apenas uma terapêutica paliativa de efeito predominantemente sistémico. Alguns podem ser adquiridos sem prescrição médica, quer de forma isolada ou em fórmulas combinadas para tratamento das constipações banais.

Mesmo em doses terapêuticas têm outras acções, consecutivas aos efeitos em receptores muscarínicos, adrenérgicos alfa, serotoninérgicos, e locais de acção dos anestésicos locais, algumas de interesse terapêutico, enquanto outras constituem reacções adversas. Manifestam em grau variável actividade sedativa, antinauseosa, antiemética, antiparkinsoniana, antitússica e anestésica local, pelo que alguns destes fármacos são usados apenas por uma ou outra das propriedades referidas no tratamento de reacções não complicadas. Todos os anti-histamínicos são potencialmente úteis no tratamento das manifestações alérgicas, principalmente da rinite sazonal (febre dos fenos) e perene, da conjuntivite alérgica, da urticária e, ainda, das reacções de hipersensibilidade a medicamentos. Na asma alérgica não são de valor. Alguns anti-histamínicos aliviam ainda o prurido que acompanha a dermatite atópica e a dermite de contacto, o prurido anal ou vulvar e as picadas de insectos. Também se administram profilacticamente a doentes com uma história de reacção às transfusões, mas não devem ser dados de forma rotineira aos doentes que vão receber sangue. No resfriado banal não encurtam o curso da afecção, apenas proporcionam alívio sintomático da rinorreia e dos espirros; são menos eficazes na congestão nasal e sem benefício no lacrimejamento e no ardor ocular.

Pelo seu efeito sedativo são usados no controlo da insónia ocasional.

Em relação a reacções adversas é importante reconhecer que os anti-histamínicos mais antigos podem ocasionar sedação, sonolência, cefaleias, redução da anuidade psicomotora e efeitos anti-muscarínicos como retenção urinária, boca seca, visão turva e alterações gastro-intestinais. A sedação e a eficácia terapêutica dos diferentes agentes varia para cada um dos compostos e com os indivíduos, podendo diminuir com o uso continuado; todavia, a mudança para outro grupo pode, por razões inexplicadas, restituir a sensibilidade perdida.

Os possíveis efeitos teratogénicos contra-indicam o seu uso nas náuseas e vómitos da gravidez. Não devem de igual modo ser usados no RN e no prematuro. As crianças e os idosos manifestam ocasionalmente reacções paradoxais com insónia, tremores, euforia, delírio e até convulsões. As convulsões podem também ser precipitadas em doentes com lesões focais no córtex cerebral.

A alergia cutânea é relativamente comum com a aplicação tópica de anti-histamínicos. Reacções distónicas agudas com disartria e incoordenação motora, palpitações, hipotensão, reacções de hipersensibilidade com broncospasmos, angioedema, fotossensibilização, glaucoma de ângulo fechado e alterações sanguíneas reversíveis são mais raras.

O uso concomitante de anti-histamínicos que causam sedação com outros depressores do sistema nervoso central produz efeitos aditivos e está contra-indicado durante a condução automóvel ou no controlo de máquinas.

As diferenças na capacidade de penetração dos anti-histamínicos no SNC constituem a base da sua classificação em compostos sedativos (de primeira geração) ou não sedativos (de segunda geração).

Os indivíduos manifestam uma susceptibilidade variável a estas reacções, as quais podem mesmo desaparecer com a redução da dosagem. Os idosos são

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

particularmente sensíveis à retenção urinária, tonturas, sedação e hipotensão. O risco de arritmias ventriculares poderá ocorrer para a terfenadina, se for associada com antiarrítmicos ou outros fármacos. Estes problemas prendem-se com a metabolização pelo citocromo P450, facilitando a ocorrência de interações entre fármacos metabolizados pelo mesmo sistema.

As biguanidas e o **cetotifeno** em uso concomitante com anti-histamínicos podem originar trombopenia.

(In: *Prontuário Terapêutico – Infarmed*)

10.1.1. Anti-histamínicos sedativos

HIDROXIZINA

10.1.2. Anti-histamínicos não sedativos

CETIRIZINA

LORATADINA

OUTROS

DEXAMETASONA+GENTAMICINA (colírio)

LATANOPROST (colírio)

ACETAZOLAMIDA (medicamento para glaucoma)

VACINA CONTRA A GRIPE

VACINA PNEUMOCÓCICA POLIOSÍDICA

RECOMENDAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

Outros

Cremes

ÁC.FUSÍDICO

CLOTRIMAZOL

Colírios

CLORANFENICOL

TIMOLOL

Solução nasal

BUDESONIDO

FENILEFRINA